ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 35 (52). Rocznik II. | Kraków, 31. 8. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ: Str.

Zapobieganie zakażeniu durowemu przez osoby wydzielające trwale zarazki

Napisał radca sanit. Dr. O h r l o f f, Kraków.

Z tygodniowych zgłoszeń chorób zakaźnych w Generalnym Gubernatorstwie wynika, że liczba zgłoszonych przez lekarzy nowych zachorowań na dur brzuszny jest znaczna. Jeśli się przy tym uwzględni, że część zachorowań na dur brzuszny przebiega tak lekko czy niecharakterystycznie, iż te przypadki zachorowań w ogóle nie dochodzą do wiadomości lekarzy, to można przypuszczać, że w rzeczywistości liczba przypadków duru brzusznego jest jeszcze większa. Wobec założenia, że dotyczące sposoby zwalczania duru, które głównie polegają na przestrzeganiu ogólnej higieny, odosobnienia, dezynfekcji oraz szczepienia ochronnego, są znane, nie potrzeba ich tutaj omawiać. Obowiązuje przy tym zasada, że przy wszystkich chorobach zakaźnych, podlegających zwalczaniu a rozpowszechniających się przez zetknięcie, do których należy też dur, punktem wyjściowym pozostanie przede wszystkim człowiek chory, lub zdrowy, ale zakażony, skoro faktem jest, że doszło do przeniesienia zarazka na osobę przyjmującą go.

Dlatego też bezwzględnym wymogiem walki z chorobami zakaźnymi jest niedopuszczenie do przeniesienia zarazków na ludzi zdrowych.

Zakażenie durowe ma swe źródło w chorym na dur, czy też w człowieku, który chorował na dur i jeszcze wydziela prątki durowe. Prątki te posiadają tę właściwość, iż nie zawsze giną z chwilą wyzdrowienia klinicznego, znikając z ustroju chorego, lecz często przez dłuższy czas od zachorowania, nieraz nawet trwale, pozostają żywe i zjadliwe w ciele nosiciela i bywają wydzielane w kale, a czasem także w moczu. Tak więc w 2—5% przypadków dochodzi do stałego wydzielania prątków durowych, a z tym do trwałego zagrożenia otoczenia nosiciela zarazków. Przy tym przeniesienie prątków durowych z nosiciela zarazków na jego otoczenie nie musi być zawsze bezpośrednie z ustroju do ustroju przez bezpośrednie zetknięcie, lecz przy rozpowszechnianiu zarazków mogą wchodzić pod uwagę różni przenosiciele pośredni, w pierwszym rzędzie artykuły spożywcze, woda, mleko, owoce, jarzyny itd. Jest to tym łatwiejsze, że prątek durowy poza ustrojem ludzkim zachowuje na odpowiadającej mu pożywce swą zjadliwość często przez czas dłuższy, a nawet może się na niej rozmnażać. Przy durze brzusznym nie każde przeniesienie zarazków jest równoznaczne z zachorowaniem. Nie choruje każdy, u kogo zagoszczą się prątki durowe, natomiast jednak jest całkiem możliwe bez jawnego zachorowania stanie się trwałym wydzielaczem zarazków, jak również nie jest zjawiskiem niezwykłym utajone stopniowe uodpornienie wielkiej części ludności osiadłej w miejscowościach, gdzie dur występuje endemicznie. Na tych doświadczeniach musi się opierać zwalczanie duru, które głównie polega na ujęciu w spis nosicieli zarazków, odosobnieniu ich i przestrzeganiu obowiązujących dla nich higienicznych prawideł zachowania się.

Według prof. U h l e n h u t h a największe znaczenie w epidemiologii duru posiadają osoby trwale wydzielające zarazki. Rozważanie, które doprowadziło prof. Uhlenhutha do przyjęcia tego zapatrywania, jest następujące: Ponieważ trwali wydzielacze zarazków czują się zupełnie zdrowi i zdolni do pracy, a nie wykazują żadnych przedmiotowych objawów chorobowych, to w stosunkach z nimi nie przestrzega się zwykłych higienicznych środków ostrożności, zachowywanych zresztą wobec chorych. Dochodzi do tego jeszcze to, że wedle Uhlenhutha należy się liczyć często z wydzielaniem zarazków przez całe życie, ponie-

waż dotychczas nie powiodło się uzyskanie niewątpliwego wyleczenia. Uhlenhuth dochodzi do wniosku, że „wyleczenie nosicieli zarazków jest punktem węzłowym całej akcji zwalczania duru“. Stąd też wynalezienie środków dla wyleczenia nosicieli zarazków oznacza Uhlenhuth jako najważniejsze zadanie zwalczania duru, przy czym dodaje: „ale wszystkie wysiłki w tym kierunku pozostały dotychczas bez skutku“. Można to uzasadnić tym, że prątki durowe usadawiają się w woreczku żółciowym, w którym nie można na nie zadziałać środkami wewnętrznymi.

Fakt, iż ludzie, których w codziennym życiu należy uważać za zdrowych, są jednak w rzeczywistości miejscem rozwijania się zarazków, jest zjawiskiem dotychczas jeszcze nie zbadanym szczegółowo. Odgrywają przy tym pewną rolę zjawiska odporności, szczególnie miejscowa odporność tkankowa, oraz obniżenie zjadliwości. Także nie zna się jeszcze przyczyny częstego nagłego znikania zarazków.

Chociaż dotychczas nie można było osiągnąć stanu idealnego — wyleczenia nosicieli zarazków — to jednak wynikające stąd przeszkody w zwalczaniu duru muszą zostać pokonane, i czyni się wysiłki w tym kierunku, ażeby mimo to podjąć wszelkie kroki, które wchodzą w grę dla przeszkodzenia rozszerzeniu duru przez osoby trwale wydzielające zarazki. Zasadniczo we wszystkich przypadkach zwalczania chorób zakaźnych należy uwzględnić, jakimi drogami następuje przeniesienie. Dla duru wyjaśniono to bezspornie w wyniku badań epidemiologicznych, a następuje to albo bezpośrednio, przez zetknięcie, albo pośrednio, przez pośrednictwo w zakażeniu. Wychodząc z tych etiologicznych punktów widzenia, należy też ująć zagadnienie nosicieli prątków durowych.

Stanowisko władz sanitarnych.

1) Publiczne władze sanitarne winny wyczerpać wszelkie możliwości dla wykrycia i ujęcia w spis wszystkich nosicieli zarazków swego okręgu. Najbardziej celowe jest ujęcie na podstawie zgłoszeń przypadków zachorowań na dur w ramach badania źródeł zakażenia oraz przy ścisłej współpracy z ogółem lekarzy.

2) Każdą osobę, co do której na podstawie badań bakteriologicznych stwierdzi się, że jest nosicielem zarazków, należy uważać za źródło zakażenia. Odnoszą się do niej postanowienia ustawy z 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu.

3) Każdemu nosicielowi zarazków należy wręczyć „ulotkę dla nosicieli zarazków“. Ponadto lekarz urzędowy, inny odpowiedni lekarz, czy też kontroler sanitarny powołując się na ulotkę powinien go szczegółowo wielokrotnie pouczyć o jego stanie i o niebezpieczeństwie, jakie on stanowi dla swego otoczenia, oraz skłonić do przestrzegania największej czystości i higienicznego trybu życia.

4) Należy oddziaływać w tym kierunku, ażeby osoba wydzielająca zarazki, miała do wyłącznego użycia należyte urządzenie klozetowe z dobrze zamykającą pokrywą. Deska do siedzenia i pokrywa powinny nadawać się do mycia i muszą być utrzymywane czysto. Zawartość dołu kloacznego winno się zdezynfekować mlekiem wapiennym przed opróżnieniem dołu. Nie powinno brakować papieru klozetowego oraz przyborów do mycia.

5) Osoby wydzielające zarazki należy skłonić do oddawania prób kału i moczu do badania bakteriologicznego w regularnych odstępach czasu według wskazówek władz sanitarnych. Wynik każdego badania, zaopatrzony datą, należy zaznaczyć na liście.

6) Osoby, wydalające zarazki, można poddać szczególnej obserwacji zdrowotnej, wielokrotnemu badaniu lekarskiemu, obowiązkowi dezynfekowania wydalin, zawierających zarazki, ograniczeniom komunikacyjnym, oraz innym niezbędnym regułom postępowania.

7) Miejscowa władza policyjna, może na wniosek lekarza urzędowego zarządzić odosobnienie takich osób wydzielających zarazki, które nie poddają się zaleconym im regułom postępowania, a przez swój stan zagrażają swemu otoczeniu.

8) Jeżeli osoba, wydzielająca zarazki, zmienia miejsce pobytu, to władza zdrowotna winna zawiadomić władzę zdrowotną, właściwą dla nowego miejsca pobytu.

9) Osoby, wydzielające zarazki, nie mogą być zatrudnione przy wyrobie lub przeróbce artykułów żywnościowych, sklepach spożywczych, mleczarniach, piekarniach, przemyśle artykułów spożywczych, zakładach zaopatrzenia w wodę itd. w taki sposób, który nasuwałby niebezpieczeństwo przeniesienia zarazków chorobowych na inne osoby, czy środki żywności. Osób, wydzielających zarazki, nie można też zatrudniać przy pielęgnowaniu chorych; jeżeli chodzi o nauczyciela, czy dzieci szkolne, to należy ich uwolnić od uczęszczania do szkoły.

10) Jeżeli osoby, wydzielające zarazki, wykonywują jakiś zawód, przez który bezpośrednio zagrażają innym osobom, to należy oddziaływać w kierunku troskliwej dezynfekcji ich rąk i ich wydalin na czas wykonywania zawodu, oraz na rychłą zmianę zawodu.

Zachowywanie się osób, wydzielających zarazki.

1) Zarazki duru znajdują się w kale, a często też w moczu chorego, czy nosiciela zarazków. Przeniesienie choroby następuje przez to, że cząstki kału czy moczu dostają się do ust zdrowych osób za pośrednictwem powalanych palców, pokarmów czy innych przedmiotów. Każdy, kto na podstawie badań lekarskich zostanie uznany w tym pojęciu za nosiciela zarazków, musi w sumienny sposób przestrzegać wszystkich przepisów zapobiegawczych, aby nie narazić na niebezpieczeństwo osób ze swego otoczenia.

2) Szczególnie należy wymagać, co następuje: po każdym oddaniu kału i moczu, jak również przed przygotowywaniem pokarmów i przed jedzeniem osoba, wydzielająca zarazki, winna sobie umyć dokładnie ręce. Zużytą bieliznę osobistą i pościelową, jak również ręczniki należy przechowywać oddzielnie i wygotować, zanim się ją będzie prało wspólnie z bielizną domową. Osoba, wydzielająca zarazki, winna oddawać mocz i kał możliwie w ustępie, który jest tylko do jej wyłącznego rozporządzenia. Musi tam być papier klozetowy i przybory do mycia, deska do siedzenia i przykrywa muszą dawać się myć, a należy je utrzymywać w dokładnej czystości. Zawartość dołu ustępowego należy dezynfekować wapnem.

3) Każda osoba, wydzielająca zarazki, winna być zarejestrowana we właściwej władzy sanitarnej. O każdej zmianie mieszkania należy donosić władzy sanitarnej. Osoby, wydzielające zarazki, winny wedle wskazówek lekarza urzędowego oddawać w regularnych odstępach czasu próby swego kału i swego moczu do badania bakteriologicznego.

4) Wydzielający zarazki nie mogą być zatrudnieni

w zakładach wytwarzających lub rozdzielających artykuły żywności i używki np. w sklepach spożywczych. W pierwszym rzędzie zebronione jest zatrudnianie ich jako dojarzy, w mleczarniach, przy wyrobie i sprzedaży lodów, sklepach z nabiałem, w sklepach rzeźniczych i masarniach, fabrykach konserw, w zawodzie kelnerskim i fryzjerskim, jak również pielęgnowaniu chorych. W wypadkach wątpliwych rozstrzygnięcie należy do lekarza urzędowego.

5) Miejscowa władza policyjna może na podstawie ustawy o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu wydawać postanowienia co do zachowania się takich osób, wydzielających zarazki, które nie stosują się do udzielonych im wskazówek i przez swój stan zagrażają swemu otoczeniu.

Dezynfekcja.

Wszystkie wydaliny osób, wydzielających zarazki, musi się polać w naczyniu lub w dole kloacznym równą ilością mleka wapiennego lub rozcieńczonej wody krezolowej i razem wymieszać. Na wsiach należy zwracać uwagę, ażeby wydalin, nocników i wód z kąpieli nie wylewano w pobliżu studzien lub wód płynących, z których bierze się wodę do picia lub do użytku domowego. Bieliznę pościelową i osobistą oraz chustki do nosa należy gotować, albo włożyć na dwie godziny do naczynia z rozcieńczoną wodą krezolową, zanim się ją będzie prać razem z pozostałą bielizną domową.

Jako środki dezynfekcyjne zaleca się, co następuje:

1) rozcieńczona woda krezolowa 2,5%-owa: 50 cm roztworu mydła krezolowego lub pół litra wody krezolowej dopełnić wodą do jednego litra płynu dezynfekującego i dobrze rozmieszać,

2) mleko wapienne: świeżo palone wapno polane wodą rozpada się na proszek wapienny. Mleko wapienne przygotowuje się przez dodanie przy stałym mieszaniu do litra proszku wapiennego 3 litrów wody.

3) mleko z wapna chlorowanego: Uzyskuje się je w ten sposób, że na litr wapna chlorowanego dodaje się stopniowo przy stałym mieszaniu 5 litrów wody. Mleko z wapna chlorowanego należy przygotować świeżo każdorazowo przed użyciem.

Z pogranicza symptomatologii czerwonki

Napisał: Prof. Dr. Tadeusz Tempka, Kraków.

(Ciąg dalszy)

Rokowanie jest zasadniczo dobre, gdyż sprawa może niekiedy już samoistnie cofnąć się zupełnie po kilkumiesięcznym trwaniu, a po zabiegu chirurgicznym następuje trwałe zniknięcie objawów. Zabieg polega w pierwszym rzędzie na usunięciu chorego odcinka *ileum* i kątnicy, gdyż ustępują przeważnie równocześnie i zmiany w zakresie okrężnicy, wobec czego usunięcie chorego odcinka okrężnicy nie jest bezwzględnie konieczne; trzeba jednak zaznaczyć, że niekiedy, mimo usunięcia całego chorego odcinka okrężnicy, objawy chorobowe mogą powrócić w pozostałej części jelita grubego. Oczywiście, poza leczeniem chirurgicznym, stosujemy całe leczenie objawowe.

Czy przedstawione powyżej obrazy kliniczne *ileitis non specifica regionalis* i *ileitis et colitis non specifica combinata* okażą się na przyszłość rzeczywiście zupełnie odrębnymi jednostkami klinicznymi, o odrębnym dotychczas zupełnie nieznanym tle zakaźnym — tego dzisiaj nie można powiedzieć, gdyż oba te obrazy kliniczne są mało znane i za mało dotychczas poświęcano im uwagi. Niemniej w obrębie schorzeń o cechach czerwonkowatych grają one dużą rolę i dlatego też należy o nich pamiętać przy rozpoznaniu różniczkowym czerwonki, choćby już ze względu na wyniki lecznicze uzyskiwane sposobem chirurgicznym.

Drugi dział schorzeń, wchodzących pewną grupą swych objawów w zakres symptomatologii czerwonki, stanowią schorzenia, wywołane przez niektóre czynniki **natury czysto chemicznej**, a więc przez **zatrucia**. Rozróżnić tu możemy dwie grupy tych czynników, mianowicie czynniki trujące **zewnątrzpochodne** i czynniki trujące pochodzenia **wewnątrzustrojowego**.

Do **pierwszej grupy** schorzeń nas tu obchodzących należą zatrucia, będące wynikiem **przypadku** lub samobójstwa, częścią powstałe w następstwie **pracy zawodowej**, lub wreszcie będące wynikiem **działań bojowych**.

Najważniejszą rolę odgrywa tu zatrucie rtęcią, które może mieć przebieg ostry lub przewlekły.

Przyczyną **ostrej rtęcicy** jest z zasady zamach samobójczy, najczęściej w postaci zażycia sublimatu, lub też pomyłka, jak np. w przypadku, który referowałem swego czasu z ramienia Wydziału lekarskiego dla użytku sądu, gdzie choremu podano zamiast proszku zawierającego salol z urotropiną, 1 gr oksycyjanku rtęci.

Ostre, względnie podostre zatrucie rtęcią wystąpić może wreszcie jako wynik nieodpowiedniego leczenia; najczęściej dzieje się to, jeśli chorym sercowym z obrzękami stosujemy dłuższy czas rtęciowe środki moczopędne, jak salyrgan, nowurit, dehydrit, neptal itp., nie osiągając dodatniego wyniku moczopędnego; w tych bowiem wypadkach przychodzi do zatrzymywania rtęci w ustroju, wydalającej się następnie drogą błony śluzowej jelita grubego, co powoduje zmiany martwiczo-wrzodziejące. Objawy ostrego zatrucia rtęcią polegają, poza zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej i ostrym zapaleniem nerek, na krwawych wymiotach, przy czym wymiociny zawierają zazwyczaj strzępki błony śluzowej oraz, co nas tu właśnie obchodzi, na biegunce o cechach czerwonkowatych, a więc na wypróżnieniach płynnych, zawierających krew, śluz i strzępki błony śluzowej. Biegunkom towarzyszą silne bóle jamy brzusznej oraz parcie na kiszkę stolcową. Podłożem anatomicznym tych biegunek są ostre zmiany zapalne oraz owrzodzenia błony śluzowej jelita grubego.

Przewlekła rtęcica występuje z zasady jako **choroba zawodowa** u robotników zajętych np. w wytwórniach lamp rentgenowskich, termometrów, barometrów, zajętych przy pozłacaniu i posrebrzaniu, w prze-

myśle fotograficznym i w całym szeregu innych. Rtęć dostaje się do ustroju przy zatruciach zawodowych już to drogą oddechową w postaci par, ale również i drogą doustną, względnie poprzez skórę. Pochłonięta rtęć gromadzi się w całym szeregu narządów wewnętrznych, mianowicie, to co nas tu obchodzi, w przewodzie pokarmowym, ponad to w układzie nerwowym, mięśniach i kościach. Wydalanie rtęci odbywa się drogą przewodu pokarmowego, nadto moczem, śliną i potem. Podłoże przewlekłej rtęcicy polega na zmianach degeneracyjnyh odnośnych tkanek.

Obchodzące nas tu objawy ze strony przewodu pokarmowego przejawiają się głównie w stolcach biegunkowych, zawierających śluz i krew, połączonych z bardzo bolesnymi kolkami jelitowymi. Jeśli uwzględnimy nad to, że do objawów tych dołącza się niedokrwistość, a przede wszystkim wyniszczenie, to mamy obraz kliniczny bardzo zbliżony do przewlekłej czerwonki. Od pomyłki rozpoznawczej broni, oczywiście poza wywiadami stwierdzającymi zawodowe stykanie się z rtęcią, obecność *stomatitis mercurialis*, a przede wszystkim objawy ze strony układu nerwowego, przejawiające się w pierwszym rzędzie ogólnymi drgawkami klonicznymi, tak kończyn jak i tułowia oraz języka, występującymi zwłaszcza przy ruchach zamierzonych. Drgawki te nie opuszczają chorego nawet i we śnie.

Z innych obrazów klinicznych, wywołanych zatruciem czynnikami chemicznymi zewnątrzpochodnymi, które wykazują pewne podobieństwo kliniczne do czerwonki, należy wymienić w pierwszym rzędzie zatrucie **kantarydyną**, nadto **sabinolem**, terpenem wchodzącym w skład oleju eterycznego, zawartego w jałowcu sabińskim (*Juniperus Sabina*); objawy czerwonkowate wywołuje również zatrucie **olejkiem gorczycznym** *(Oleum Sinapis)*, oraz zatrucie **chloranem potasu**; w zatruciach tych wywiady, przy zatruciu chloranem potasu jeszcze i methemoglobinemia, a nadto ujemny wynik badań bakteriologicznych w kierunku czerwonki, uchronią nas od mylnego rozpoznania.

Z pośród zatruć wywołanych czynnikami zewnątrzpochodnymi należy jeszcze wspomnieć o zatruciu **iperytem** i innymi parzącymi środkami bojowymi, które między innymi powodować mogą obfite biegunki krwawo-śluzowe, połączone z kolką jelitową. Warunki, wśród jakich te objawy powstają, pozwolą na odpowiednie rozpoznanie, jakkolwiek należy mieć na względzie, że w warunkach wojennych może panować równocześnie epidemia czerwonki, tak że w danym przypadku nie możnaby się było obejść bez badań bakteriologicznych.

Objawy czerwonkowate mogą wreszcie wystąpić pod wpływem zatrucia czynnikami pochodzenia **wewnątrzustrojowego**. Należy tu w pierwszym rzędzie uszkodzenie przewodu pokarmowego w przebiegu **mocznicy**. Co się tyczy istoty czynników trujących wchodzących tu w grę, to zagadnienie to łączy się oczywiście najściślej z zagadnieniem patogenezy prawdziwej przewlekłej mocznicy, którym tutaj nie mogę się zajmować. Zaznaczę tedy tylko, że nie należy tu szukać za jednym jakimś czynnikiem trującym, tylko za całą ich sumą. Mianowicie jak dzisiaj ta sprawa stoi, przewlekła prawdziwa mocznica jest typowym zatruciem, wywołanym przez zatrzymanie w ustroju, z powodu niewydolności miąższu nerkowego, rozmaitych końcowych ciał przemiany materii, przeważnie białkowej, w pierwszym rzędzie mocznika, aminokwasów, kreatyny, kreatyniny, kwasu moczowego, indykanu i rozmaitych ciał aromatycznych. Nie wchodząc w mechanizm powstawania rozmaitych innych objawów mocznicowych, należy tu rozpatrzyć jedynie mechanizm patogenetyczny czerwonkowatych objawów, występujących w przebiegu prawdziwej przewlekłej mocznicy. Otóż z powodu niewydolności nerek przechodzi mocznik razem z wydzieliną gruczołów trawiennych do przewodu pokarmowego, co należy uważać za samoobronę ustroju przed nadmiernym nagromadzeniem się w nim wymienionych poprzednio istot chemicznych. W ścianie błony śluzowej całego przewodu pokarmowego przychodzi następnie do zamiany mocznika na amoniak i bezwodnik kwasu węglowego, co się dzieje pod wpływem ureazy, wytwarzanej przez bakterie jelitowe. Nasuwa się tedy przypuszczenie, że właśnie amoniak powoduje objawy *gastroenteritis*. Jakkolwiek nie brak głosów powątpiewających o tej roli amoniaku w patogenezie jelitowych objawów mocznicy ze względu na to, że treść jelitowa zawiera niekiedy bardzo mało amoniaku, to jednak, uwzględniając okoliczność, że *gastroenteritis* można wywołać doświadczalnie przez podawanie mocznika, należy raczej przyjąć to patogenetyczne działanie mocznika; w tym duchu przemawia nadto i to, że znane jest działanie mocznika, zwiększające przepuszczalność ścian komórkowych, wskutek czego jady jelitowe mogą jeszcze bardziej przyczynić się do uszkodzenia błony śluzowej przewodu pokarmowego. Podłożem anatomicznym tej *gastro-entero-colitis uracmica* są zmiany martwicze i wrzodziejące umiejscowione poza żołądkiem, w dolnej części jelita biodrowego, a nadto również w kątnicy i wstępnicy; niekiedy siedzibą ich są również i najniższe odcinki jelita grubego. Zmiany te powodują obraz bardzo zbliżony do czerwonki. Oczywiście rozpoznanie tła tych objawów czerwonkowatych nie sprawia trudności przy uwzględnieniu całokształtu klinicznego. Niemniej jednak trzeba mieć w pamięci ten obraz kliniczny, gdyż w przebiegu epidemii czerwonki może być nierozpoznany, tym bardziej że towarzysząca mocznicy niedokrwistość i wychudzenie z powodu zaniku mięśni mogą zaciemniać obraz i stać się przyczyną mylnego rokowania i mylnego leczenia.

Do rzędu schorzeń czerwonkowatych, wywołanych przez **czynnik trujący wewnątrzpochodny** należy zaliczyć wreszcie krwotoczno-wrzodziejące ostre zmiany główne górnych odcinków jelita, w tym bardzo często dwunastnicy, będące następstwem **rozległych oparzeń skóry**. Klinicznie objawia się to stolcami biegunkowatymi, zawierającymi śluz i krew. Jako przyczynę tych zmian jelitowych przyjmujemy zakrzepy w obrębie żył ściany jelitowej, spowodowane wchłonięciem trujących ciał białkowych, powstających przy niszczeniu tkanek pod wpływem oparzenia.

Następna grupa schorzeń, mogących powodować objawy czerwonkowate, to sprawy chorobowe o **pewnym**, jakkolwiek nie zawsze **znanym tle zakaźnym**, okazujące przebieg już to ostry, już to przewlekły.

Ostre sprawy zakaźne, okazujące czasem w swym przebiegu objawy, mogące budzić mniej lub więcej silne podejrzenia na czerwonkę, to rozmaite **stany posocznicze**, wywołane zwłaszcza zakażeniem paciorkowcami; przebiegają one niekiedy z uporczywymi biegunkami, z krwawą domieszką do stolców; podłożem anatomicznym tych objawów jest ostry

stan zapalny błony śluzowej jelita, wiodący do owrzodzeń, już też i bakteryjne zatory ściany jelita.

Tu należy wymienić **jelitową postać influency**, cechującą się, poza brakiem łaknienia oraz obłożonym językiem, nudnościami i wymiotami, oraz przede wszystkim biegunką o cechach niekiedy podobnych do biegunek cholerycznych, czasem jednak posiadającą cechy czerwonkowate. Słusznie podnoszą tu jednak niektórzy autorzy, że należy być bardzo ostrożnym w stawianiu rozpoznania tej t. zw. jelitowej, względnie żołądkowo-jelitowej postaci influency, gdyż rozpoznaniem tym szafuje się nazbyt szczodrze. Dlatego też jelitową, czerwonkowatą postać influency mamy prawo rozpoznać tylko wtedy, gdy wszelkie badania w kierunku czerwonki wypadną ujemnie.

Czerwonkowate objawy mogą występować następnie w przebiegu **odry**, zwłaszcza w okresie wstępnym; zajęcie przewodu pokarmowego może tu być niekiedy bardzo silne, jak tego dowodzi zeszłoroczna epidemia odry w Zwickau w Saksonii, gdzie dobowa ilość stolców czerwonkowatych dochodziła nawet do 15; to powikłanie ze strony przewodu pokarmowego trwało u większości chorych dzieci przez szereg tygodni, wiodąc do śmierci. Badania bakteriologiczne w kierunku dyzenterii były bez wyjątku ujemne, tak że nie mogła tu zachodzić pomyłka rozpoznawcza, pominąwszy już inne typowe objawy odrowe.

Również i w przebiegu **płonicy** może występować, jakkolwiek rzadko, *enterocolitis* o cechach czerwonkowatych, mająca swe podłoże anatomiczne w zmianach wrzodziejących i wrzodziejąco-martwiczych błony śluzowej przewodu pokarmowego.

Z innych ostrych spraw zakaźnych, które mogą niekiedy okazywać objawy czerwonkowate, należy wymienić zakażenie **prątkiem wąglika**; mianowicie, gdy punktem wyjścia tego zakażenia jest przewód pokarmowy, natenczas przejawia się to bardzo ciężkim nieżytem żołądka i jelit z krwawymi wymiotami i krwawymi stolcami.

Wreszcie obraz czerwonkowaty może wystąpić w przebiegu **jelitowej postaci guzkowatego zapalenia tętnic**, *arteriitis nodosa;* podłożem anatomicznym są tu owrzodzenia, a czasem i zgorzel błony śluzowej przewodu pokarmowego.

Z przewlekłych zakażeń usadowionych w przewodzie pokarmowym, które mogą sprawiać trudności rozpoznawcze co do czerwonki, należy wymienić **gruźlicę i kiłę**.

Gruźlica przewodu pokarmowego może występować w trzech postaciach, mianowicie w postaci drobnych gruzełków usadowionych głównie w okolicy i na poziomie kępek Payera; wysianie tych gruzełków odbywa się drogą krwi, jako jedno z ogniw gruźlicy prosówkowej. Druga postać występuje jako guz w okolicy kątnicy, jako *tumor ileocoecalis*, dający w obrazie rentgenowskim charakterystyczny objaw Stierlina. Wreszcie trzecia postać, nas tu właśnie obchodząca, ma cechy wrzodziejącej *enteritis*, względnie *enterocolitis tuberculosa ulcerosa*. Zazwyczaj występuje ona u osobników dotkniętych gruźlicą płuc, w następstwie zakażenia, wywołanego połykaniem plwociny, zawierającej **prątki Kocha**. Najczęściej spotyka się te owrzodzenia na przestrzeni od końca jelita czczego aż do zastawki Bauhina, nadto występują one w samej kątnicy, wreszcie i w obrębie okrężnicy, a nawet i w odbytnicy. Liczba owrzodzeń jest zmienna, niekiedy są one bardzo liczne; wymiary owrzodzeń, ich kształt, zasiąg w głąb ściany jelita przedstawiają wielką rozmaitość; podkreślę tu tylko w związku z moim tematem, że owrzodzenia okrężnicy są bardzo rozległe i przedstawiają się bardzo nieregularnie, przypominając owrzodzenia czerwonkowe. Objawy kliniczne ze strony przewodu pokarmowego przejawiają się płynnymi lub papkowatymi stolcami, zawierającymi masy śluzu i pasma krwi oraz strzępki nekrotyczne błony śluzowej. Niekiedy przebieg jest wprost typowy dla czerwonki, z ilością wypróżnień dochodzącą od 20—40 na dobę; są one skąpe, zawierają krew, śluz i ropę, przy czym towarzyszą im silne bóle i parcia w kiszce stolcowej. Omawianej tu postaci gruźlicy jelit towarzyszy, zwłaszcza jeżeli jest ona następstwem gruźlicy płuc, co zazwyczaj bywa, oczywiście niedokrwistość i ogólne wyniszczenie, co jeszcze bardziej zbliża ten obraz kliniczny do obrazu czerwonki. Rozpoznanie tła gruźliczego takich biegunek nie sprawia zwykle trudności ze względu na całokształt kliniczny. Jednakże w takich postaciach, jak dopiero co opisałem, przypominających do złudzenia czerwonkę, dopiero badanie bakteriologiczne stolca na prątki dyzenterii może wyjaśnić sprawę, gdyż oczywiście gruźlicę płuc może wikłać dołączające się zakażenie czerwonkowe.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

**Gesundheitskammer
im Generalgouvernement
Krakau** Krakau, den 18. August 1941.

Rundschreiben Nr. 33

Betrifft: Ärztliche Bescheinigungen für Kriegsbeschädigte.

Den Kriegsbeschädigten ist es bei Verschlimmerungsanträgen ihres Leidens zur Pflicht gemacht worden diese Verschlimmerung durch ein ärztliches Zeugnis glaubhaft zu machen.

Es ist zu meiner Kenntnis gekommen, dass den Kriegsbeschädigten die Befolgung dieser Anordnung erschwert bzw. unmöglich gemacht wird dadurch, dass die meisten Ärzte die Ausstellung derartiger

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

**Izba Zdrowia
w Generalnym Gubernatorstwie
Kraków** Kraków, dnia 18 sierpnia 1941.

Okólnik Nr. 33

Dotyczy: świadectw lekarskich dla inwalidów wojennych.

Inwalidom wojennym polecono w wypadkach stawiania wniosków z powodu pogorszenia się ich stanu zdrowia uprawdopodobnienie pogorszenia przez dołączenia do wniosku świadectwa lekarskiego.

W związku z tym doszło do mojej wiadomości, że inwalidom utrudnia się, a nawet uniemożliwia się, zastosowanie się do tego zarządzenia przez to, że lekarze przeważnie odmawiają im wystawiania takich za-

Bescheinigungen verweigern, wobei sie sich auf mein Rundschreiben vom 15. 7. 1940, veröffenlicht in der Nummer 1 des Amtsblattes der Gesundheitskammer „Zdrowie i Życie" vom 1. 9. 1940 berufen.

Ich erläutere hiermit, dass sich dieses mein erwähntes Rundschreiben nur auf die Bescheinigungen aus Anlass der Arbeitseinsatzaktion bezieht, dass dagegen diese Bescheinigungen, welche zur Vorlage bei den zuständigen Dienststellen der Kriegsbeschädigtenfürsorge (KBF) bestimmt sind und den Belangen der Kriegsbeschädigten dienen sollen, von einem jeden Arzt in beliebiger Form ausgestellt werden dürfen.

Der stellvertretende Leiter
Dr. Kroll

świadczeń, powołując się przy tym na mój okólnik z dnia 15. 7. 1940, ogłoszony w numerze 1 urzędowego czasopisma Izby Zdrowia „Zdrowie i Życie" z dnia 1. 9. 1940.

Wyjaśniam wobec tego, że wymieniony wyżej mój okólnik odnosi się tylko do zaświadczeń lekarskich pozostających w związku z akcją powoływania do pracy w Rzeszy, że natomiast nie ma żadnych przeszkód w wystawianiu zaświadczeń, które mają być przedłożone właściwemu Urzędowi Opieki nad inwalidami wojennymi (KBF) i służyć mają inwalidom wojennym dla tych celów. Tego rodzaju zaświadczenia może wystawiać każdy lekarz w dowolnej formie.

Stały Zastępca Kierownika
Dr. Kroll

Regierung des Generalgouvernements
Hauptabteilung Innere Verwaltung
— Gesundheitswesen —

Krakau, den 13. 8. 41.

Bekanntmachung.

Die Zusammenstellung der Kopfschmerzpulver „Migreno-Nervosin" ändert sich wie folgt:
Lith. benzoic.
Phenacetin
Ac. acet. salic.
Nuc. colae
Guarana.

Der Preis des „Migreno-Nervosin"-Pulvers bleibt unverändert.

Dr. Kleber

Rząd Generalnego Gubernatorstwa
Główny Wydział Spraw Wewnętrznych
Wydział Spraw Zdrowotnych.

Kraków, 13. VIII. 1941.

Obwieszczenie.

Skład proszków na ból głowy „Migreno-Nervosin" zmienia się następująco:
Lith. benzoic.
Phenacetin
Ac. acet. salic.
Nuc. colae
Guarana.

Cena proszku „Migreno-Nervosin" pozostaje niezmieniona.

Dr. Kleber

Ubezpieczalnia Społeczna w Krakowie
ogłasza
KONKURS
na następujące stanowiska:

1) Lekarza dentysty w Krakowie. Pobory odpowiadają 1½ godziny pracy dziennej lekarza dentysty i wynoszą zł. 168,75 miesięcznie + ryczałt na utrzymanie i prowadzenie gabinetu w kwocie zł. 45,— miesięcznie.
2) Lekarza dentysty w Miechowie. Pobory odpowiadają 2 godzinom pracy dziennej lekarza dentysty i wynoszą zł. 225,— miesięcznie + ryczałt na utrzymanie i prowadzenie gabinetu w kwocie zł. 60,— miesięcznie.
3) Lekarza dyżurnego położnika w Krakowie. Pobory odpowiadają 2 godzinom pracy dziennej lekarza specjalisty i wynoszą zł. 332,— miesięcznie za 24-godzinny dyżur co 3-ci dzień.

Stanowiska te mogą otrzymać tylko lekarze zarejestrowani w Izbie Zdrowia, o ile posiadają potrzebne kwalifikacje i przygotowanie, co powinno być stwierdzone urzędowym zaświadczeniem właściwej władzy.

Podania wraz z załącznikami należy składać w Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie, ul. Batorego L. 3 do dnia 10 września 1941 r.

Lekarz Naczelny: **Dr. Marian Ciećkiewicz**
Dyrektor: **Dr. Karol Kropatsch**

Ubezpieczalnia Społeczna w Ostrowcu
ogłasza
KONKURS
na stanowisko lekarza dentysty
z siedzibą w Ostrowcu

Kandydat musi posiadać dyplom lekarza dentysty i być uprawnionym do wykonywania praktyki dentystyczno-lekarskiej. Ponadto kandydat powinien posiadać dostateczne wiadomości z higieny społecznej i znać w głównych zarysach niezbędne w jego pracy przepisy ustawodawstwa ubezpieczeniowego.

Uposażenie miesięczne wynosi zł. 450.— i ponadto zł. 120.— tytułem zwrotu kosztów związanych z utrzymaniem i prowadzeniem gabinetu lekarskiego.

Termin składania ofert do dnia 15 września 1941 r.

Lekarz naczelny: (—) **Dr. med. Józef Blazsur**
Dyrektor: (—) **Jan Pigułowski**

Kasa Wzajemnej Pomocy
przy Izbie Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie
zawiadamia o śmierci członków:
Dra Rosena Marcelego (Lp. 296)
Dra Fränkla Józefa (Lp. 297)

Opłaty bieżące winni członkowie Kasy uiścić do dnia 15 września 1941 w dotychczasowej wysokości.

Kasa Wzajemnej Pomocy nie będzie rozsyłać osobnych zawiadomień pośmiertnych, natomiast wypadki śmierci będzie się ogłaszać w dzienniku urzędowym „Zdrowie i Życie".

Izba Zdrowia — zakres rzeczowy prasa — wypłaciła po 100 zł. tytułem wyznaczonej premii asekuracyjnej, z powodu zgonu prenumeratorów naszego czasopisma, następującym osobom:

p. Jadwidze Domagalskiej, Warszawa (pren. Dr. Ludomir Domagalski),

p. Genowefie Sikorskiej, Wołomin (pren. Dr. Jan Sikorski),

p. Jadwidze Łuszcz, Słupia Nowa (pren. Dr. Bogusław Łuszcz),

p. Reginie Kurtz, Michów Lubartowski (pren. felczer Izrael Kurtz).

Druk: Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.